

超声引导下清宫术与宫腔镜下清宫术治疗剖宫产疤痕妊娠的效果

黄骆梅

澧县人民医院 湖南 澧县 415500

【摘要】目的: 分析在剖宫产疤痕妊娠的临床治疗中应用超声引导下清宫术与宫腔镜下清宫术治疗的临床效果。**方法:** 选取2020年1月—2021年7月我院收治的80例剖宫产疤痕妊娠患者作为研究对象,通过双盲法将其分为实验组与参照组,每组40例,实验组采取宫腔镜下清宫术,参照组采取超声引导下清宫术,对两组患者的手术相关指标、 β -HCG指标、不良反应发生率(凝血功能障碍、肢体疼痛、异位栓塞)进行分析与讨论。**结果:** 实验组住院时间、手术时间均短于参照组,术后疼痛评分、术中出血量均低于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。实验组患者的 β -HCG术后第7d下降幅度大于参照组,恢复正常水平时间短于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。实验组患者的不良反应发生率低于参照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论:** 在剖宫产疤痕妊娠患者的临床治疗中应用宫腔镜下清宫术治疗的临床效果显著,可促进患者康复,有助于预防不良反应的发生,值得临床推广。

【关键词】 超声引导; 宫腔镜; 清宫术; 剖宫产疤痕妊娠

【Abstract】 Objective: To analyze the clinical effect of ultrasound-guided evacuation and hysteroscopic evacuation in the clinical treatment of cesarean section scar pregnancy. **Methods:** The study period was from January 2020 to July 2021. All patients were pregnant with cesarean section scars. Among the patients admitted to our hospital, 80 cases were included as research samples, and were divided into the experimental group and the reference group by double-blind method. , 40 cases in each, the former was treated with hysteroscopic hysterectomy, and the latter was treated with ultrasound-guided hysterectomy. coagulation dysfunction, limb pain, ectopic embolism) were analyzed and discussed. **Results:** The incidence of adverse reactions, postoperative pain score, and intraoperative blood loss in the experimental group were lower than those in the reference group ($P<0.05$). It was shorter ($P<0.05$); from the analysis of the decreasing amplitude on the 7th day after operation, the experimental group was higher than the reference group ($P<0.05$). **Conclusion:** The clinical effect of hysteroscopic hysterectomy in the clinical treatment of cesarean section scar pregnancy patients is significant, which can promote the recovery of patients and help prevent the occurrence of adverse reactions, which is worthy of promotion.

【key words】 Ultrasound guidance; hysteroscopy; Clear palace operation; Cesarean section zygomatic failure pregnancy

【中图分类号】 R719.8

【文献标识码】 B

【文章编号】 2096-1685(2022)10-0037-03

随着我国二胎政策逐渐开放,剖宫产率越来越高,剖宫产后疤痕妊娠也成为临床较常见的疾病之一;该疾病是指受精卵着床于子宫切口疤痕处并生长发育,属于一种特殊的异位妊娠^[1]。剖宫产疤痕妊娠早期无典型症状,难以对其进行识别,如果患者没有得到及时有效的治疗,可能出现大出血、子宫破裂等严重情况,对患者的生命健康产生严重影响^[2]。针对剖宫产疤痕妊娠患者而言,临床治疗尚未形成统一标准与规范,一般需结合患者情况制订相应的治疗方案,如保守药物治疗、外科手术治疗等;而手术治疗包括刮宫术、子宫动脉栓塞术、清宫术等术式^[3]。随着医学技术的不断发展,清宫术逐渐发展为超声引导下清宫术及宫腔镜下清宫术,两种术式均可获得良好的治疗效果^[4]。本文主要分析超声引导下清宫术与宫腔镜下清宫术对剖宫产疤痕妊娠患者的临床治疗效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年1月—2021年7月我院收治的80例剖宫产疤痕妊娠患者作为研究对象,通过双盲法将其分为实验组与参照组,每组40例。实验组患者年龄22~44岁,平均年龄(32.46±3.04)岁;剖宫产次数1~3次,平均剖宫产次数(1.87±0.45)次;孕次2~5次,平均孕次(3.59±0.56)次。参照组患者年龄22~45岁,平均年龄(32.02±3.42)岁;剖宫产次数1~3次,平均剖宫产次数(1.85±0.41)次;孕次2~6次,平均孕次(3.49±0.54)次。两组患者一般资料差异无统计学意义, $P>0.05$,研究可比。

纳入标准: (1) 患者经我院医学诊断为剖宫产疤痕妊娠;(2) 患者均接受清宫术治疗,且满足手术相关指征;(3) 患者知情同意研究内容;(4) 在接受治疗前并未接受系统治疗。**排除标准:** (1) 合并有精神障碍;(2) 合并其他生殖器疾病,如恶性肿瘤等;(3) 合并有凝血功能障碍者;(4) 对本次研究应用到的药物存在过敏反应者。

1.2 方法

1.2.1 对参照组患者采取超声引导下清宫术治疗 具体步骤为:需要对患者进行药物治疗,给予米非司酮(华润紫竹药业有限公司,国药准字 H10950003,25mg)进行口服治疗,每次用药剂量为 50mg,每天 2 次;连续用药 3 天后给予甲氨蝶呤(北京斯利安药业有限公司,国药准字 H11020227,2.5mg×100s)注射入妊娠囊治疗,在超声引导下进行干预,注射剂量为 50mg;经治疗后显示患者的 β-HCG 水平降低 50% 时需要再次予以药物治疗,注射量为 50mg,降低 80% 时即可开展相应的手术干预。在手术开展前指导患者饮水充盈膀胱,指导患者采取膀胱截石位进行手术,常规消毒、铺巾后充分暴露宫颈,在超声引导下扩张宫口,通过宫颈钳夹宫颈后应用吸管进行吸宫,最后应用刮匙搔刮宫角与宫底;术后采取常规抗生素对症治疗。

1.2.2 对实验组患者接受宫腔镜下清宫术治疗 具体步骤为:术前需要协助患者进行全面体格检查,尤其做好患者的妇科检查,排除手术禁忌;经全身麻醉后协助患者采取膀胱截石位,术前留置尿管,根据常规步骤进行消毒铺巾,充分暴露患者宫颈,再次对手术野进行消毒,探查患者的子宫深度。可予以 4 号至 7 号 Hegar 扩张宫颈,膨宫溶液可应用甘露醇溶液,膨宫后需要置入宫腔镜,观察妊娠物大小、位置、性状等,而后通过负压吸引探入宫颈内口进行刮吸,直到出现绒毛后停止;患者术中如出现大出血等情况,且难以控制,则应该要及时停

止手术操作,给予针对性止血操作,如可应用介入栓塞子宫动脉等措施进行止血,如多项措施均难以止血,则要予以子宫切除等方案进行止血,此类定为手术失败。术后还需充分观察是否存在妊娠物残留情况,如有,则要再次定位重复操作;如无则应该要对宫颈部位进行再次消毒后退出窥器。术后给予患者常规对症抗感染、补液等干预,术后 2d 复查血常规。

1.3 研究指标

1.3.1 比较两组患者的手术相关指标 住院时间、手术时间、术后疼痛评分、术中出血量。

1.3.2 比较两组患者的 β-HCG 指标 术后第 7d 下降幅度、恢复正常水平时间。

1.3.3 比较两组患者的不良反应发生率 凝血功能障碍、肢体疼痛、异位栓塞。

1.4 数据处理

数据均输入 SPSS 21.0 软件分析,手术相关指标等计量指标均需要采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验;不良反应发生率等计数数据采用百分率(%)表示,卡方(χ^2)检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者的手术相关指标

实验组患者住院时间、手术时间均短于参照组,术后疼痛评分、术中出血量均低于参照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的手术相关指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	住院时间 (d)	手术时间 (min)	术后疼痛评分 (分)	术中出血量 (mL)
实验组	40	6.82±1.56	27.45±9.28	1.92±0.24	51.28±9.35
参照组	40	10.68±2.67	45.36±15.57	2.96±0.98	124.45±21.48
t	—	7.8946	6.2493	6.5191	19.7538
P	—	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 比较两组患者的 β-HCG 指标

实验组患者的 β-HCG 术后第 7d 下降幅度大于参照组,恢复正常水平时间短于参照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组患者的 β-HCG 指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	术后第 7 天下降幅度 (%)	恢复正常水平时间 (d)
实验组	40	85.71±4.26	22.72±7.46
参照组	40	61.28±6.45	45.38±10.67
t	—	19.9887	10.9982
P	—	0.0000	0.0000

2.3 比较两组患者的不良反应发生率

实验组患者的不良反应发生率低于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组患者的不良反应发生率对比 [n (%)]

组别	例数	凝血功能障碍	肢体疼痛	异位栓塞	发生率
实验组	40	0 (0)	1 (2.50)	0 (0)	1 (2.50)
参照组	40	2 (5.00)	4 (10.00)	2 (5.00)	8 (20.00)
χ^2	—	—	—	—	6.1346
P	—	—	—	—	0.0133

3 讨论

剖宫产疤痕妊娠作为妇产科中一种常见病症,发生率高,且随着近年来二胎政策开放,其发生率呈现出上升趋势,可对患者的生命安全产生极大影响^[5]。大多数学者均认为,孕囊侵入剖宫产疤痕中,导致疤痕处植入从而出现子宫疤痕处妊娠。部分学者针对剖宫产手术后切口部位进行超声检查,结果显示患者的手术切口愈合后有一半以上会形成楔状愈合缺陷情况,因此认为剖宫产疤痕妊娠疾病的发生与切口愈合不良有一定关系^[6]。

剖宫产疤痕妊娠后持续发展,其主要会出现两个结局:(1)孕囊向宫腔内生长,即为I型剖宫产疤痕妊娠,是临床比较常见的类型;(2)孕囊进入到疤痕处后从子宫肌层深处不断生长,甚至生长于膀胱、腹腔,即为II型剖宫产疤痕妊娠,妊娠早期随着妊娠囊不断生长,可能会导致子宫破裂而出现大出血等情况^[7]。目前针对该疾病的早期诊断主要通过阴道超声诊断,也可经MRI等影像学技术进行检查,均可获得良好的诊断价值,对疾病诊断及分型均有重要意义。在临床治疗上,剖宫产疤痕妊娠患者应及时终止妊娠,避免患者产生大出血等不良后果,也要预防患者产生严重并发症^[8]。

在剖宫产疤痕妊娠患者的治疗中,保守药物治疗可获得一定效果,临床常见药物包括甲氨蝶呤、米非司酮等,比较适用于孕周时间低于8周、血液检测HCG低于5000mIU/mL、生命体征比较稳定的患者^[9];如果患者出现急性大出血症状,选择性子宫动脉栓塞术可获得良好的止血效果,也能给患者创造良好治疗条件。针对不同分型患者来说,应选择不同的治疗方法,其他治疗方法包括宫腔镜下电切术、清宫术等。传统清宫术虽能获得良好的治疗效果,但是术中出血量相对较大,风险也较高,因此目前应用频率越来越低^[10]。

在本次研究中,给予患者超声下清宫术与宫腔镜下清宫术干预,结果显示宫腔镜下清宫术治疗的效果更为显著,不良反应发生率较低,应用价值较高。分析原因得知在超声引导下清宫术前,需要向孕囊当中注射甲氨蝶呤,将胚胎杀死,以减少局部血供治疗方法,疗程相对较长,且大出血概率相对较高^[11]。术前应用药物干预能及时杀死胚胎,减少局部血供,而后实施手术治疗能进一步提升治疗效果,但是术中不能准确定位病灶,盲目搔刮子宫可能会对子宫功能膜产生不良损伤,从而增加不良反应的发生风险,不但会影响患者的手术效果,还会影响患者的生育能力^[12]。宫腔镜下清宫术具有较高的应用优势,能清晰观察到子宫内部环境情况及病灶情况,避免盲目对子宫进行搔刮而产生的不良损伤,降低不良反应发生率;经电切术能清楚患者的妊娠组织与绒毛组织,其子宫清除效果良好;经宫腔镜能清楚观察子宫出血点情况,可应用电凝止血方式快速止血,从而降低患者的子宫出血量,提升治疗安全性,同时也能缩短患者的住院时间^[13]。

宫腔镜手术近年来的发展速度越来越快,是妇科微创治疗中较重要的内容。宫腔镜手术的优势在于视野好、应用范围相对广泛,但是在宫腔镜技术应用期间,也存在一定不足与风险,因此临床需要做好相应的预防工作^[14]。随着宫腔镜技术水平不断发展,手术时间得到明显缩短,并发症发生率也明显减少,患者的治疗安全性大大提升。在宫腔镜应用基础上实施清宫术,能充分了解孕囊大小、位置及周围血供情况,准确对其进行定位,避免子宫出血、子宫穿孔等并发症的发生,减少过度搔刮对子宫内膜产生的不良影响^[15]。

综上所述,在剖宫产疤痕妊娠患者的临床治疗中应用宫腔

镜下清宫术的效果显著,能降低患者并发症的发生风险,值得临床推广。

参考文献

- [1] 江海炜. 床旁彩超监护宫腔镜下清宫术治疗I型子宫疤痕妊娠的临床研究[J]. 黑龙江医药, 2020,33(6):1239-1241.
- [2] 董黎淑, 沈翔. 垂体后叶素联合宫腔镜下负压清宫术治疗II型剖宫产子宫疤痕妊娠临床观察[J]. 中华全科医学, 2020,18(4):601-604.
- [3] 王超群, 徐琳. 剖宫产疤痕妊娠介入治疗后对子宫肌层及内膜的血流影响[J]. 昆明医科大学学报, 2020,41(2):120-126.
- [4] 王豫平. 宫腔镜联合介入下子宫疤痕妊娠病灶清除的临床观察[J]. 淮海医药, 2019,37(3):271-272.
- [5] 陆维仙. 子宫动脉栓塞术联合宫腔镜治疗子宫疤痕部位妊娠的疗效分析[J]. 中国血液流变学杂志, 2019,29(2):197-199,211.
- [6] 林静. 阴式子宫疤痕妊娠病灶切除术治疗II型CSP的疗效分析[J]. 福建医药杂志, 2021,43(2):116-119.
- [7] 云君玲. 子宫疤痕妊娠患者终止妊娠时血管介入治疗的应用及效果研究[J]. 临床研究, 2021,29(3):114-115.
- [8] 田艳丽. 高强度聚焦超声联合宫腔镜清宫术治疗剖宫产术后子宫疤痕妊娠的效果[J]. 黑龙江医学, 2021,45(15):1605-1607.
- [9] 张佩丽. 子宫动脉栓塞术联合择期清宫术治疗剖宫产后疤痕妊娠的效果观察[J]. 中国现代药物应用, 2019,13(7):55-56.
- [10] 赵艳玲. 米非司酮联合B超监护下清宫术治疗剖宫产术后疤痕妊娠[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2019,36(1):84-85.
- [11] 王清. 剖宫产子宫切口疤痕妊娠介入技术加清宫术治疗的分析[J]. 中国现代药物应用, 2017,11(20):70-71.
- [12] 何磊磊, 侯顺玉. 三维超声下清宫术对剖宫产术后I型子宫疤痕妊娠患者治疗价值的探讨[J]. 中外女性健康研究, 2020(18):6-8,51.
- [13] 罗丽芳, 阮军谊, 李桂梅. 阴式妊娠物清除术及子宫疤痕修补术与介入治疗后清宫术对子宫疤痕妊娠患者近期和远期疗效的影响[J]. 中国医学工程, 2020,28(7):43-46.
- [14] 梁卫明, 陈义雄, 陈建业, 等. UACE联合清宫术对比全身应用米非司酮与MTX联合清宫术治疗子宫疤痕妊娠的随机对照研究[J]. 中外医疗, 2020,39(13):39-40,43.
- [15] 罗婷婷. 阴式子宫疤痕妊娠病灶清除术治疗I型剖宫产术后疤痕妊娠的效果观察[J]. 临床医学工程, 2020,27(1):69-70.